

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1915

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre VACHET

Médecin auxiliaire du Groupe de Brancardiers divisionnaires de la 151^e division
d'infanterie

Ancien interne des Hôpitaux
Ex-interne de l'Hôpital de Dijon

LES

Troubles mentaux consécutifs au Shock des Explosifs modernes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSYCHOSES DE GUERRE

Président : M. PIERRE MARIE, professeur

.....

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^o, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	G. LBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance.	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANCLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
ET DE MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage de gratitude
filiale et de profonde recon-
naissance.*

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVASSU

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

MONSIEUR LE DOCTEUR COUVELAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBINEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR MOCQUOT

MONSIEUR LE DOCTEUR PROUST

MONSIEUR LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

A MES MAÎTRES DE DIJON

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEROYE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PARIZOT

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRY

MONSIEUR LE DOCTEUR TASSIN

MONSIEUR LE DOCTEUR LECLERC

MONSIEUR LE DOCTEUR GODEMET

MONSIEUR LE DOCTEUR BLANC

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBAR

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

MONSIEUR LE DOCTEUR PETITJEAN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MARIE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153706_0035

Les Troubles mentaux consécutifs au Shock des Explosifs modernes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSYCHOSES DE GUERRE

I. — AVANT-PROPOS

La question des psychoses de guerre n'est certainement point complètement élucidée, peut-être même pourrait-on dire que certains points en sont à peine ébauchés, sinon même inconnus. Certains faits avaient été mis en lumière par les psychiatres russes et anglais lors des guerres russo-japonaise et sud-africaine et déjà ils avaient fait pressentir la nécessité de services de psychiatrie pour les armées en campagne. Depuis d'autres faits sont venus confirmer et compléter ces indications : on peut dire, en effet, que la notion des troubles mentaux consécutifs au shock nerveux occasionné par les explosifs, a pris naissance pendant la guerre moderne et notamment à partir de la guerre de tranchées. A ce sujet, M. le médecin-major de 1^{re} classe Chavigny écrivait dans *Paris Médical* (du 17 juillet 1915) : « Pendant la pre-

mière période de la guerre de tranchées, les accidents psychiques furent encore relativement rares. Il était donné occasion d'observer plus souvent des états émotifs que des troubles mentaux à proprement parler.

Mais, à partir du mois de janvier, la guerre de tranchées se complique de l'emploi des explosifs à forte charge. Alors on vit apparaître des accidents psychiques en plus grand nombre : quelques-uns furent observés qui étaient des manifestations tout à fait insolites, et c'est à partir de ce moment qu'il devient réellement indispensable de créer sur chaque ligne d'évacuation d'armée un service psychiatrique.

La présente thèse a donc pour but d'apporter une contribution à l'étude des faits encore mal connus, et de démontrer l'importance d'examens psychiatriques précoces à exercer ou à créer dans la zone même des armées. Nous relaterons, en effet, surtout des cas bénins, car c'est ceux-là que nous avons été appelé le plus souvent à observer, cas que le D^r Levé, médecin-chef d'une ambulance divisionnaire et, antérieurement médecin en chef des asiles publics d'aliénés, a fort judicieusement dénommé des « éclopés mentaux », appellation que nous justifierons au cours de la présente thèse.

Beaucoup de ces malades n'ont aucune raison, ni clinique, ni militaire, d'être évacués d'urgence sur les services de l'intérieur ; ils doivent pouvoir être observés dans les zones de l'avant, beaucoup doivent pouvoir y être traités et y guérir dans un délai rela-

tivement court et, par suite, être susceptibles de reprendre leur place dans le rang, dans des conditions beaucoup plus brèves que ne le comporte d'habitude une évacuation sur l'intérieur.

Ce travail fait sur le front, au cours de la campagne de Belgique, manquera totalement de précision par suite de la difficulté de se procurer des documents et ensuite des circonstances défavorables dans lesquelles il a été fait ; qu'on veuille donc bien nous en excuser en tenant compte que, médecin auxiliaire dans un groupe de brancardiers divisionnaires, c'est tout à fait en première ligne, pendant nos heures de repos dans les cantonnements des zones de l'avant, que nous avons dû rédiger le présent travail. Ce fut au moment des affaires d'avril, mai 1915, autour d'Ypres, qu'il nous fut donné d'observer certains des faits qui ont motivé la présente étude. Il nous aurait été impossible d'entreprendre seul ce travail sur le point spécial des psychoses de guerre, si nous n'avions été puissamment aidé dans notre tâche par M. le Dr Levet, à la compétence duquel nous avons fait maintes fois appel. Il a bien voulu être pour nous un ami et un maître et nous servir de guide dans ce travail, que ses conseils éclairés nous ont permis de mener à fin. Nous lui exprimons ici toute notre gratitude et notre profonde reconnaissance pour la bienveillance et l'affabilité qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous remercions vivement M. le médecin-major Crouzon, médecin-chef d'une ambulance division-

naire et médecin des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous encourager de son côté à l'exécution du présent travail.

II. — DÉLIMITATION DU SUJET

La présente thèse est uniquement un travail de psychiâtrie ; dans les observations relatées ici, l'examen mental du sujet prédomine, grâce à ce fait qu'au moment où il nous a été donné d'observer la plupart de nos malades, les phénomènes psychiques occupaient la principale place clinique.

Certains de ces malades ont présenté ultérieurement, nous l'avons su, des troubles d'ordre neurologique, mais ainsi qu'il résultera des conclusions de ce présent travail, il semble qu'à l'origine de ces phénomènes nerveux il y avait très souvent coïncidence de troubles psychiques ; ces troubles, comme nous le verrons dans la suite, peuvent être très fugaces et plus tard s'il s'agit d'organique, lorsque la lésion sera constituée, il ne subsistera plus que des troubles fonctionnels nerveux, les phénomènes psychiques ayant disparu ; il est donc souvent difficile de pouvoir observer ces troubles psychiques ailleurs que dans les formations sanitaires de première ligne, souvent encombrées de blessés ou d'autres malades ; c'est peut-être pour ce motif que l'attention attirée déjà sur les troubles nerveux tant d'ordre moteur

que d'ordre sensitif, l'a été beaucoup moins sur les phénomènes mentaux. Toutefois, ces derniers n'ont point échappé à des observateurs tels que M. le médecin-major Guillain qui écrit : « J'ai pu voir des syndromes paralytiques tels que l'hémiplégie, la paraplégie, la monoplégie, les syndromes cérébelleux, des syndromes bullaires et mésocéphaliques, des syndromes cérébraux tels que l'épilepsie et des troubles mentaux » (*Presse médicale* n° 28 du 24 juin 1915. *Communication sur un état de stupeur avec catatonie, hypothermie, bradycardie, et hypopnée consécutive à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure*). Et on peut dire de ces derniers ce que M. le médecin-major Guillain dit des troubles nerveux consécutifs à l'éclatement des gros projectiles sans plaie extérieure. « La question des troubles consécutifs à l'éclatement des gros projectiles sans plaie extérieure est une question importante au point de vue de la nosographie pure et au point de vue de la pathologie générale. C'est un chapitre de pathologie essentiellement nouveau et tout entier à créer. Déjà on peut dire, je le crois, que l'éclatement des gros projectiles peut détériorer les fonctions du névrone et déterminer des syndromes morbides que seules, en général, déterminent les infections et les intoxications. Au point de vue des conséquences, ces blessés internes du système nerveux, sans aucune plaie extérieure, sont aussi intéressants à connaître que les blessés avec plaie extérieure, avec lesquels ils peuvent être mis en parallèle. » On sait le rôle

que jouent dans la genèse des troubles psychiques les infections et les intoxications. Cette similitude d'effets morbides sont des causes aussi différentes en apparence que le sont les infections ou les intoxications, et des éclatements d'obus de gros calibres justifient la présente étude psychiatrique. Celle-ci se trouve donc définie ainsi qu'il suit :

Les troubles mentaux consécutifs à l'éclatement des projectiles modernes, et c'est une simple contribution du chapitre des psychoses de guerre.

Cette étude comportera tout d'abord une documentation clinique qu'il sera logique, pensons-nous, de faire suivre d'une interprétation des faits et déductions pratiques.

III. — DOCUMENTATION CLINIQUE

La présente thèse comporte deux sortes de documents :

1° Des observations communiquées dans lesquelles les malades ont pu être mieux examinés et plus suivis dans l'évolution de leur affection ;

2° Des observations personnelles dont la plupart sont incomplètes par suite des circonstances exceptionnelles dans lesquelles nous les avons recueillies. C'est, nous le répétons à dessein, au cours des journées de la deuxième bataille d'Ypres, durant les mois d'avril et mai, qu'il nous fut permis d'observer ces faits intéressants. Les circonstances étaient alors particulièrement dures et ne se présentaient point à des examens complets, car il fallait procéder à des évacuations rapides pour éviter un grippage dans les rouages avant de l'organisme sanitaire. Ce fut donc au milieu de cette extraordinaire activité et durant le passage des blessés dans ces milieux sanitaires de l'avant que nous procédâmes à leur examen brièvement et purement clinique. D'autre part, une fois dirigés sur les formations de 2° ligne, ces malades étaient hors de notre champ d'observation.

Il est nécessaire de mentionner ces circonstances peu favorables pour expliquer la brièveté et l'incomplet de la plus grande partie de cette documentation, que nous réunirons dans l'ordre suivant :

1° Les cas bénins ou d'apparence bénigne qui sont de beaucoup les plus nombreux de ceux observés par nous, et que M. le Dr Levet a fort judicieusement dénommés « éclopés mentaux ». Ce terme d'éclopé n'est nullement médical, c'est une expression plutôt militaire, d'une utilisation courante à l'époque actuelle et qui a été définie par diverses notes de service émanant du commandement. Elle sert à désigner le malade qui, quelle que soit la nature de la maladie, est susceptible de rejoindre son corps après un maximum de quinze jours de séjour dans une formation sanitaire. Ces éclopés mentaux ne présentent que des troubles psychiques simples ;

2° Les cas plus graves, où le trouble mental se complique de troubles nerveux ou de manifestations délirantes ;

3° Les cas graves dont nous n'avons personnellement observé nul type, mais dont l'existence a été affirmée devant nous par une haute autorité médicale militaire.

I

Cas de commotion nerveuse simple par shock consécutif à l'éclatement d'explosifs à proximité (éclopes mentaux du D^r Levet).

OBSERVATIONS PERSONNELLES

1^o S... Louis, trente-neuf ans, 2^e classe, ^e infanterie.

Profession antérieure : cultivateur.

Est dirigé de la ligne de feu sur l'ambulance le 1^{er} mai 1915.

Arrive dans un état d'hébétude profonde, il paraît indifférent à tout ce qui l'entoure. Ses réponses sont toutes monosyllabiques, mais correctes, le malade obéit passivement, automatiquement, avec une extrême lenteur. On doit s'occuper de son alimentation, car le malade abandonné à lui-même reste assis, les traits figés dans l'impassibilité ou l'indifférence complète, ne demandant rien, ne s'occupant de rien, même pas de ses besoins matériels les plus immédiats.

Il passe la nuit à l'ambulance, il ne dort pas, reste accroupi sur de la paille, les yeux ouverts, paraissent rêver.

Dirigé le lendemain sur l'arrière, il était déjà plus réveillé, l'esprit plus alerte.

Nous ne savons ce que ce malade est devenu.

2^o B... Louis, 2^e classe, même régiment que le précédent, quarante ans.

Profession antérieure : cultivateur.

Le malade est conduit, à l'ambulance le même jour et dans les mêmes conditions que le précédent.

Il présente toutefois en plus, à la face dorsale de la main gauche, une contusion ecchymotique assez étendue sur l'origine de laquelle il ne peut fournir aucun renseignement.

Contusion probablement due à une projection sur le sol ou au choc d'une motte de terre soulevée par l'explosif.

Il présente les mêmes symptômes mentaux que le précédent : hébétude profonde, état de fausse stupeur, indifférence, lenteur de l'idéation et des mouvements.

Évacué sur une formation de l'arrière en même temps que S..., il est comme ce dernier, au moment de son départ, déjà légèrement amélioré.

Les observations suivantes sont exactement calquées sur les précédentes :

3° B... Frédéric, 2^e classe ° d'infanterie, trente-huit ans, cultivateur.

4° C... Paul, 2^e classe, ° d'infanterie, trente-deux ans, cultivateur.

(Ce malade présente, en outre, une forte contusion lombodominale, avec légère ecchymose superficielle en ceinture à droite, due à la projection de mottes de terre par l'obus dont l'éclatement a déterminé le shock nerveux).

5° G... Hippolyte, 2^e classe, ° d'infanterie, trente-cinq ans, cultivateur.

6° S... Louis, 2^e classe, ° d'infanterie, trente-cinq ans, cultivateur.

7° L... Georges, 2^e classe, ° d'infanterie, trente-huit ans, cultivateur.

8° G... Armand, 2^e classe, ° d'infanterie, vingt-deux ans, active.

II

Cas de commotion nerveuse par shock consécutif à l'éclatement d'explosifs à proximité, mais avec complications du côté des organes des sens ou de l'appareil moteur.

OBSERVATION PERSONNELLE

1^o C... André, 2^e classe, ° d'infanterie, trente-neuf ans, cultivateur.

Ce malade passe par l'ambulance fonctionnant en ambulance de triage ; il est amené du poste de secours de son régiment.

Consécutivement à une explosion d'obus à proximité, il a présenté des signes d'hébétude tout à fait semblables à ceux constatés chez les malades précédents.

Seuls ces phénomènes psychiques sont constatés à ce moment et le malade est évacué immédiatement sur une formation plus éloignée de la ligne de feu que l'ambulance de triage.

Celle-ci, quelques jours après, est ramenée en arrière et affectée à recevoir des éclopés. Elle reçoit ainsi certains des malades ou blessés qu'elle avait primitivement dirigés sur les formations de 2^e ligne, et parmi les éclopés, ou considérés comme tels, se trouve à nouveau C... André.

Ce dernier ne présente plus à ce moment (10 jours après son passage par l'ambulance de triage) aucun signe de trouble psychique, l'hébétude, la fausse stupeur ont disparu complètement. Le malade, d'une culture intellectuelle très moyenne, paraît être redevenu complètement à son état mental habituel, lui-même le reconnaît. Aucune lacune amnésique.

Mais son bras droit est atteint d'un tremblement global, se manifestant au repos par périodes, et s'augmentant à l'occasion des mouvements volontaires. Il lui est toutefois possible de régler ce tremblement et le malade peut se servir de son bras pour les usages habituels immédiats de la vie sans en être trop incommodé. Ce tremblement a l'aspect clinique des tremblements considérés comme de nature hystérique.

Il n'y a aucun changement dans l'état de ce malade pendant les neuf jours qu'il passe à nouveau à l'ambulance.

Celle-ci se déplaçant est obligée d'évacuer à nouveau C... André.

Nous n'avons pu savoir ce qu'il était advenu de ce malade.

OBSERVATION PERSONNELLE

2° G... Paul, adjudant e d'infanterie, active.

Ce sous-officier arrive de la ligne de feu dans un état d'hébétude qui disparaît très rapidement dès le lendemain. Mais il présente une surdité complète double.

L'examen objectif de l'appareil auditif n'a pu être fait, les nécessités du fonctionnement de l'ambulance ayant obligé à l'évacuation immédiate du malade.

Nous ne savons ce qu'il est advenu de lui par la suite.

OBSERVATION PERSONNELLE

3° Ch... Jean, 2^e classe ° d'infanterie, trente-cinq ans, garçon de café.

Amené à l'ambulance de triage, venant du poste de secours de son régiment, en un état de demi hébétude occasionné par un éclatement d'explosif, a repris le lendemain toute sa lucidité, mais il se plaint de troubles de la vision (diplopie, rétrécissement du champ visuel). L'examen ophtalmoscopique ne peut être fait, les nécessités de l'évacuation obligeant de diriger très rapidement le malade sur une formation plus éloignée de la ligne de feu.

Nous ne savons ce qu'il est advenu de ce malade.

4° COMMUNIQUÉ PAR M. LE MÉDECIN-MAJOR LEVET

X... Edwards, sujet anglais, ayant contracté à la légion étrangère un engagement pour la durée de la guerre, est débarqué d'un train sanitaire dans une des formations sanitaire de La Charité-sur-Loire (Nièvre), en octobre 1914.

Trente-sept ans, profession antérieure : électricien. Culture intellectuelle très grande.

A l'arrivée : légère obtusion intellectuelle, facies mélancolique (oméga, expression générale de dépression), crises d'anxiété. Le malade qui parlait couramment le français s'exprime par gestes ou à l'aide de l'écriture ; on doit correspondre de mime avec lui. Il est, en effet, atteint de surdité complète.

Sa moustache, une grande partie de sa barbe portent les traces d'une brûlure récente.

Ce malade, qui vient de Champagne, appartenait à une section de mitrailleuses, un obus boche a explosé sur le réduit même où se trouvait la mitrailleuse que servait X... Edwards, blessant ou tuant tous les autres servants ; lui seul n'a point été extérieurement blessé, mais la déflagration a brûlé sa barbe et, immédiatement, brusquement il a été atteint de surdi-mutité.

Il reconnaît lui-même que, au moment de son évacuation, il était à demi-inconscient ; indifférent, à tout : ce n'est que dans le train qu'il a repris conscience à l'idée que son frère, engagé en même temps que lui et servant à la même mitrailleuse, avait dû être tué ou blessé par l'obus qui l'avait lui-même sidéré.

Dès son arrivée à la formation sanitaire il demande qu'on télégraphie à sa femme. M^{me} X..., qui habite Paris, arrive le surlendemain, apportant la nouvelle que le frère de X... a été seulement blessé et qu'il est traité dans un hôpital anglais, à Paris.

L'arrivée de sa femme, les nouvelles relativement rassurantes qu'elle rapporte de son beau-frère ne changent en rien l'état mélancolique du malade, lequel reste anxieux, inquiet, absorbé.

Au bout de huit jours le malade est évacué par ordre supérieur, sur un hôpital anglais.

Au moment de son départ l'état mélancolique s'atténueait sensiblement, mais la surdi-mutité traumatique était toujours complète et intégrale, sans aucun changement.

III

*Cas de commotions nerveuses par shock consécutif
à l'éclatement d'explosifs à proximité, mais avec
état délirant, cliniquement constitué.*

OBSERVATION PERSONNELLE

1^o L... Georges, trente-six ans, cultivateur, e d'infanterie.

Arrive à l'ambulance de triage, évacué de la ligne de feu en plein cours d'un combat violent, le 2 mai 1915, avec une fiche de diagnostic établie par le médecin du poste de secours du régiment portant la mention « commotion cérébrale ».

L'examen physique ne révèle aucune trace de blessure ou de contusion, pas plus à la tête qu'ailleurs.

Ce soldat est en état de dépression complète : facies mélancolique, il ne répond que très difficilement aux questions; manifeste de l'impatience quand on veut l'obliger à répondre et qu'on insiste. Il refuse toute alimentation tant solide que liquide. Il refuse de s'étendre sur la litière brancard, se tient accroupi, le regard fixe.

Après quatre heures passées dans cet état, L... Georges se lève brusquement, quitte l'ambulance et part au hasard, droit devant lui.

Après un moment de lutte avec les infirmiers partis à sa recherche, L... se laisse ramener à l'ambulance sans un mot,

sans vouloir expliquer les motifs de cet acte qui, par sa brusquerie, son impulsivité, rappelle cliniquement un *raptus* mélancolique.

Peu après, L... est dirigé sur une formation de 2^e ligne et nous perdons sa trace.

2^o COMMUNIQUÉ PAR M. LE MÉDECIN-MAJOR LEVET

F... Paul, caporal, 1^{er} régiment d'infanterie, vingt-deux ans, active, est dirigé d'une formation sanitaire de l'arrière sur l'asile départemental de la région (à La Charité-sur-Loire) (Nièvre), en septembre 1914.

A son arrivée à l'asile, ce soldat présente les signes très nets de la confusion mentale asthénique (désorientation dans le temps et les lieux, état de fausse stupeur, demi-mutisme, attitudes légèrement catatoniques). Cet état s'amende très vite et quelques jours *après son internement*, ce soldat ne présentait plus qu'une lacune amnésique globale commençant brusquement au moment de l'explosion de l'obus et se terminant en lysis peu après son internement.

L'internement de ce soldat ne dura d'ailleurs que deux jours, il fut renvoyé dans une formation sanitaire dès que se manifestèrent les premiers symptômes de retour progressif à la conscience.

Il acheva sa convalescence dans une deuxième formation, fut retourné à son dépôt et de là renvoyé au front.

La guérison était complète, sauf le trou lacunaire amnésique persistant.

Voici l'observation de ce malade telle qu'elle a pu être reconstituée :

Employé de commerce avant son incorporation, garçon intelligent et instruit, vigoureux et sportif F... était simple soldat dans un régiment d'active à la mobilisation.

Parti le premier jour avec son régiment, ce dernier prenait contact le 6 août 1915 avec l'ennemi à la frontière luxembourgeoise, puis battait en retraite, formant arrière-garde combattante. Au cours de ces affaires, F... est promu caporal sur le champ de bataille.

Au moment de la bataille de la Marne, le régiment a combattu aux environs de Labeycourt (Meuse). Journées très dures, combats de jour et de nuit, charges à la baïonnette, peu de repos, ravitaillement irrégulier ; bivouacs sous la pluie. Le sixième jour de la bataille de la Marne, au matin, arrive sur le régiment un premier obus boche. F... se rappelle avoir dit à ce moment : « Couchez-vous les amis, cela va recommencer à tomber », et en même temps un second obus éclatait à côté de lui, blessant un de ses camarades (il se souvient l'avoir entendu crier) ; lui-même est éraflé au nez très légèrement (éraflure en coup d'ongle).

C'est à partir de ce moment que F... perd toute conscience et que débute brutalement la lacune amnésique. F... qui a pratiqué la boxe compare la sensation ressentie par lui à celle du boxeur knock-outé.

Il nous a été impossible de savoir dans quel état se trouvait F... au moment et au cours de son évacuation.

Nous trouvons moyen de reconstituer son histoire au moment où, déposé par un train sanitaire à Nevers, il est placé dans une formation temporaire de cette ville.

Le médecin, aide-major de première classe C..., chargé du service de cette formation qui contient de nombreux blessés et presque uniquement de blessés, ne peut conserver dans les salles de blessés le délirant turbulent qu'est F.... Ce dernier, en effet, complètement inconscient, est en plein onirisme : il entend, voit éclater des obus, il crie : « Couchez-vous, cela tombe » ! Lui-même fait des gestes d'esquive, se couche à terre, puis se relève brusquement : c'est, en somme, en rêve vécu la manœuvre du soldat qui progresse par bonds sous la mitraille ennemie. L'autorité militaire est obligée de demander à l'autorité administrative le placement de ce soldat à l'asile d'aliénés voisin. Mais pendant le temps de l'accomplissement des formalités administratives la forme clinique évolue : l'accès confusionnel tendant à la guérison spontanée et progressive d'onirisme et d'hallucination devient simple et asthénique.

Il avait duré en tout douze jours (dont 2 d'internement), ne laissant après lui qu'une lacune, amnésique globale, très probablement définitive, mais nullement gênante pour l'avenir du sujet, point du tout incapable, de ce fait, de reprendre sa place dans le rang, ce qu'il demandait d'ailleurs avec insistance.

3^e. COMMUNICATION DE M. LE D^r GUILLAIN, à la
*Réunion des médecins de la VI^e armée (in Presse
médicale, n^o 28 du jeudi 24 juin 1915).*

J'ai observé, dit M. Guillaïn, un soldat de vingt-cinq ans qui, à la suite de l'éclatement d'un obus près de lui, tomba

dans un état de stupeur, avec une narcolepsie presque constante ayant duré plusieurs semaines. Il existait de plus de la bradycardie, de l'hypopnée, de l'hypothermie et de la catatonie. Les membres du malade conservent longtemps toute position à eux donnée, les réflexes rotuliens étaient très faibles. Il survint, après quelques semaines, un état délirant avec des périodes de mutisme et de négativisme, la catatonie persistant. Le syndrome observé chez ce malade rappelle celui de la démence précoce.

CAS DU PROFESSEUR RÉGIS

(In *Presse médicale* du 27 mai.)

4° *Amnésie totale avec persistance d'un seul souvenir*

Sous-lieutenant X..., arrive à l'hôpital de Bordeaux le 3 septembre 1914. Au moment de son arrivée cet officier, à la fois hébété et apeuré, offre une amnésie telle qu'il ne sait plus son nom, ni son âge, ni son lieu d'origine, ni son domicile, ni sa profession, ni s'il a des parents, s'il est marié, s'il est officier de l'active, de la réserve, etc..., etc... Il a beau chercher, rien ne vient, une seule chose subsiste dans sa mémoire, c'est la scène horrificante à la suite de laquelle il est tombé dans l'état où il se trouve. Se repliant un jour par ordre avec la section *après être resté longtemps sous les obus*, hissés sur un camion traîné par deux chevaux seulement, il ordonne à ses hommes de pousser par derrière la pièce, car l'ennemi poursuit. Il est très saisi. A partir de ce moment la nuit se fait dans son esprit.

5^o RAPPORTÉ PAR M. LE MÉDECIN-MAJOR
DE 1^{re} CLASSE RÉGNIER

Le capitaine X..., officier d'élite, au *cours de combats renouvelés*, éprouve un jour une émotion des plus violentes en voyant certains de ses hommes atteints par des grenades incendiaires. Après avoir jeté sa pèlerine sur l'un d'eux qu'il parvient à éteindre il se sent tout à coup étourdi et perd entièrement conscience de l'ambiance. Il reprend contact avec le monde extérieur deux jours après dans le train sanitaire qui l'évacue, mais sans pouvoir comprendre où il se trouve. Il se croit prisonnier et environné d'Allemands. Pendant trois jours sa perte de conscience a été complète et la mémoire des faits qui se sont produits pendant ces trois jours ne lui est jamais revenue. Il y a un trou dans l'existence de cet officier qui déclare avoir l'impression d'être mort pendant cette période. Progressivement cependant l'état de subconscience s'efface, mais le délire onirique subsiste beaucoup plus longtemps. Pendant plusieurs semaines il n'a aucun sommeil sans de douloureux cauchemars. C'est toujours l'attaque de nuit qui reparaît, les hommes incendiés avec l'angoisse de sentir que ses hommes ne sont plus autour de leur officier qui se sent seul au milieu de la mêlée. Actuellement le capitaine X... est entièrement rétabli. Il a récupéré l'intégrité absolue de ses fonctions cérébrales et se dispose à partir sur le front.

IV

CAS DE SHOCK NERVEUX AYANT, SANS BLESSURES EXTERNES, OCCASIONNÉ LA MORT

Nous n'avons point personnellement observé de semblables cas et nous n'en avons point trouvé mention dans la bibliographie très restreinte que nous avons pu, sur le front, nous procurer.

Toutefois, nous devons faire état d'une communication orale faite à une réunion de médecins de la 2^e division d'infanterie, organisée sur le front belge au cours d'une période de repos des troupes de la division, par M. le médecin inspecteur général Boisson, directeur du Service de Santé de la armée.

A la suite d'une conférence-causerie faite aux médecins de ladite division par M. le médecin-major Ravaut, médecin des Hôpitaux de Paris, sur les désordres internes consécutifs « au vent des explosifs », M. le médecin inspecteur général Boisson qui présidait la réunion fit connaître qu'au cours de la bataille de la Marne, il avait vu dans une des ambulances de son commandement arriver un jeune artilleur, d'aspect vigoureux, sans aucune blessure extérieure, mais dans un état délirant extrême. Cet artilleur

succomba dans la nuit qui suivit son arrivée à l'ambulance.

La description clinique faite par M. le médecin inspecteur général Boisson, permet de faire rétrospectivement un diagnostic symptomatique de « délire aigu » à évolution très rapide.

IV. — DISCUSSION

DE LA DOCUMENTATION CLINIQUE

Le classement que nous venons de faire des observations tant personnelles que celles communiquées ou trouvées dans la bibliographie restreinte, la seule que nous avons à notre disposition dans les conditions d'exécution du présent travail, permet une étude clinique, très simple, mais aussi très sommaire, dont nous avons dû nous contenter, mais qui ne saurait satisfaire.

A la suite de shock occasionné par les explosifs modernes et sans que coexiste aucune blessure externe importante, des troubles mentaux peuvent se manifester.

Les uns, simples, consistent en un état passager d'hébétude et de fausse stupeur ; cliniquement, c'est un état de confusion mentale simple, asthénique, susceptible de fort courte durée. Ce sont les « éclopés mentaux » de M. le médecin-major Levet.

Dans une seconde série de faits, cet état confusionnel asthénique se complique de troubles nerveux d'ordre moteur ou sensitif, alors que l'état confusionnel a une tendance naturelle et spontanée à une

guérison rapide ces troubles nerveux sont beaucoup plus tenaces.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, se manifestent des troubles délirants actifs, ceux-ci sont exceptionnellement des états mélancoliques simples, sans phénomènes psycho-sensoriels (hallucinations); mais le plus souvent, et presque en règle générale, ce sont des formes confusionnelles, avec hallucinations, avec onirisme et lacunes amnésiques en cas de guérison, allant depuis la confusion mentale hallucinatoire aiguë, curables (cas les plus fréquents) jusqu'à la confusion mentale suraiguë (cas de délire aigu) en passant par la confusion mentale chronique (cas cité par M. le médecin-major Guillain et étiqueté par lui syndrome de la démence précoce, entité morbide que, comme on sait, le professeur Régis tend à considérer et à faire admettre comme une forme chronique de la confusion mentale).

Et voici pour quels motifs on ne pourrait s'en tenir dorénavant à une classification aussi sommaire.

Sans même vouloir prendre parti dans les questions de doctrine médicale, qui, pour certains psychiatres, font de la mélancolie un état symptomatique constant de tares ou lésions organiques, les unes actuellement connues, les autres encore mal définies (notamment troubles endocriniens), on ne peut qu'être frappé du syndrome confusionnel présenté à des divers degrés par le plus grand nombre de sujets observés ci-dessus.

Or, est-il besoin de rappeler l'importance de ce

syndrome sur lequel il y accord doctrinal complet : c'est, en pathologie mentale, l'indice réactionnel du système nerveux, à une lésion organique, à une infection ou à une intoxication.

Il existe des observations de confusionnels sans une influence émotive, mais on admet que celle-ci se traduit sous cette forme par le mécanisme de phénomènes d'auto-intoxication provoqués par le shock émotif.

Et dès lors nous sommes invité à considérer les malades qui font l'objet du présent travail non plus comme des prédisposés qu'un shock nerveux, d'origine émotive simple, a troublé plus ou moins passagèrement dans leur fonctionnement cérébral, mais comme des organiques purs et simples, de « véritables blessés internés », suivant l'expression de M. le médecin-major Guillaïn.

Et nous pensons qu'il y a là plus qu'une simple hypothèse ; cette conception se justifie déjà par l'aspect clinique de ces malades.

Pour avoir la preuve définitive, certaine, il eût fallu que l'examen physique des malades observés eût été poussée plus à fond. C'est-là, nous ne nous le dissimulons pas, l'énorme lacune de notre travail, lacune dont sont responsables les circonstances, l'inconnu actuel de cette question, lacune dont la constatation constitue peut-être le point le plus important de notre travail.

En effet, pour pouvoir interpréter ou discuter les faits de notre documentation clinique, il manque aux

observations précédentes un élément emportant les résultats de la ponction lombaire.

Celle-ci devrait être faite systématiquement : c'est une opération simple, sans aucun danger ; elle constitue en outre, très certainement, d'un procédé de diagnostic, un élément de pronostic suivant l'évolution de la nature du liquide, et peut-être, aussi, une ressource de thérapeutique active.

Ces affirmations nous sont possibles car (communication orale de M. le médecin-major Rouant) les ponctions lombaires sont devenues depuis peu pratique courante dans les cas de troubles nerveux consécutifs au shock des explosifs et on peut inférer que les résultats obtenus dans des cas d'une analogie si proche sont rapportables à ceux qui font l'objet du présent travail.

Cette ponction peut donner deux réactions indicatrices :

1° Le liquide céphalo-rachidien est hémorragique, tantôt il s'agit d'un liquide à peine rose, ou jaunâtre qui, après centrifugation, donne un culot rougeâtre ; tantôt le liquide est franchement rouge, conservant la même coloration dans deux ou trois tubes et ne se coagulant pas au repos, caractères qui permettent d'éviter l'erreur produite par la présence du sang venu des plans traversés ;

2° Le liquide céphalo-rachidien décèle des traces plus ou moins grandes d'albumine, et s'échappe parfois de l'aiguille en un jet continu au lieu de s'écouler goutte à goutte. La présence d'albumine dans le

liquide céphalo-rachidien est analogue ; à sa présence dans l'urine, elle semble déceler une lésion organique de l'appareil cérébro-spinal.

Cette ponction exploratrice devrait être faite très rapidement, car les modifications du liquide sont souvent très fugaces, c'est pourquoi il faudrait agir avec diligence, il serait bon de renouveler cette ponction, même en cas de résultat négatif.

Cette ponction est la base de l'examen organique, elle peut permettre, suivant qu'elle est positive ou non de séparer des malades dont nous nous occupons, les émotifs simples, les simulateurs ou les exagérateurs. Qu'il y ait eu des stupéfiés simplement d'ordre émotif, cela semble tout à fait plausible. Il est hors de doute que, étant donné le grand nombre d'hommes qui ont été exposés, dans la guerre actuelle, à entendre exploser des obus à leur proximité, il y a eu, chez eux, prédisposés, un choc émotif suffisant pour entraîner des troubles psychiques. Or, ces prédisposés sont tous des impressionnables, des nerveux, certains même des psychopathes constitutionnels, neurasthéniques ou psychasthéniques anciens que les émotions de la guerre n'auront fait que mettre dans un état paroxystique.

La cause des troubles psychiques est produite chez les émotifs par un traumatisme moral, émotionnel, dont le facteur principal est « l'émotion choc » de Régis. Il est certain que les maladies antécédentes, les intoxications ou infections latentes, que l'alcoolisme, le paludisme, la tuberculose, de même que les

fatigues physiques et morales, les longues marches, l'insomnie, la tension continuelle de l'esprit, diminuent la résistance de ces individus nerveux et impressionnables par tempérament et deviennent des facteurs importants qui favorisent l'action du choc moral ; des troubles peuvent apparaître brusquement, aussitôt après le traumatisme ; le sujet par exemple, a été renversé et couvert de terre par l'éclatement proche d'un obus, ou bien a subi une violente émotion à la suite d'une vision d'horreur : par exemple la chute de camarades tombés mortellement blessés à leurs côtés. On conçoit, dès lors, que l'examen organique seul peut permettre de différencier les émotifs des autres, les vrais blessés internes.

Ceux-ci sont de véritables blessés, puisqu'il existe une lésion du système nerveux provoquée par un traumatisme organique. L'absence de toute lésion externe permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un choc direct par un éclat de projectile ou de projection de terre, seule la commotion produite par l'explosion peut être considérée comme la cause de l'accident. Mais quelle est donc la pathogénie de ces accidents nerveux en rapport avec ce qu'on appelait jadis le « vent du boulet », et que l'on désigne maintenant sous le nom de « vent de l'explosif » ? Jusqu'alors la question n'a pu être résolue d'une façon définitive, et nous en sommes réduit à des hypothèses. Sans doute, la cause initiale se trouve dans le fait de la modification brusque de la pression atmos-

phérique. A ce sujet, M. le médecin-major Guillain écrit dans *la Presse médicale* du 24 juin 1915 : « Les phénomènes nerveux observés à la suite de la déflagration des projectiles modernes ont des analogies avec ceux décrits dans la maladie des caissons, chez des ouvriers travaillant dans l'air comprimé et soumis à des modifications brusques de la pression atmosphérique. Ainsi peuvent être créées des lésions hémorragiques, des lésions fasciculaires ou cellulaires. » Peut-être y a-t-il d'abord choc, l'air rigoureusement chassé, agissant de la façon d'un projectile compressible. Chaque jour, en effet, on observe le cas de soldats projetés excentriquement par l'explosion, relativement à l'obus, et portés quelquefois à plusieurs mètres ; il arrive généralement, et nous en parlons par expérience, que lorsqu'on se trouve à proximité du lieu de l'explosion d'un gros obus, on ressent comme une véritable gifle d'air, il semble que les molécules gazeuses nous arrivent projetées comme autant de projectiles accessoires et heureusement, à l'ordinaire, peu nocifs. Faut-il admettre tout simplement un choc sur le système nerveux central par l'intermédiaire des organes des sens, notamment des organes de l'appareil auditif ? Faut-il, ce qui est plus probable, admettre des phénomènes d'augmentation de la pression atmosphérique suivis de raréfaction amenant des troubles vasculaires ou cellulaires ? Il est fréquemment noté, dans les lieux fortement marmités, l'arrêt brusque de fonctionnement des baromètres anéroïdes situés

dans le périmètre des explosions, l'instrument étant indemne de tout choc extérieur, apparent. Et on sait que le même phénomène a pu être artificiellement reproduit en mettant un baromètre anéroïde dans l'air raréfié de la machine pneumatique.

Il y a donc dans certains cas une cause unique traumatique, quelle que soit sa pathogénie, qui doit faire différencier ces cas des autres où il y a simplement choc émotif.

Mais il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir des cas mixtes.

Le diagnostic doit être très serré, si l'on veut avoir des indications pronostiques dont l'importance est évidente.

Or, seul un examen organique très complet permettra de serrer le diagnostic.

Il ne faut pas oublier qu'il n'y a point longtemps encore (puisque c'était au début de la guerre actuelle) certains phénomènes nerveux observés à la suite de séjours sous les obus étaient considérés comme d'ordre purement psychique; l'étiquette première donnée à ces cas de surdité, de mudité, de surd-mudité brusque, à ces monoplégies, à ces tremblements était celle d'hystérie quand il n'était point songé à une simulation pure et simple. Or, la théorie pathomimique de l'hystérie cadre mal avec les faits observés. D'où aurait pu provenir la pathomimie chez les hommes qui s'étaient conduits jusque-là très bravement, le plus souvent des ruraux, apparte-

nant à des corps où la simulation n'a point l'ampleur qu'elle acquiert dans certains corps spéciaux ?

Depuis, les neurologistes se sont orientés complètement vers une interprétation toute différente de ces phénomènes, interprétation d'un intérêt qui n'a rien de spéculatif, puisque d'elle découlent pronostic et thérapeutique.

Il doit en être évidemment de même pour les troubles mentaux qui reconnaissent la même étiologie.

De même que le neurologiste doit utiliser l'aiguille de Tuffier systématiquement, le psychiatre doit le faire et pouvoir le faire. Mais si la ponction lombaire doit être considérée comme indispensable, qu'elle soit positive ou surtout négative, elle ne saurait suffire à un examen physique complet de ces mentaux.

La respiration, le pouls surtout doivent être étudiés : une observation de M. Guillaïn, reproduite ici, note de la bradycardie, de l'hypopnée, de l'hypothermie. Nous pensons qu'il serait indispensable que la pression artérielle soit prise à l'aide d'un des appareils connus (de Potain, de Balthazard, surtout de Pachon). Une communication de M. le médecin-major Crouzon, faite à la Société des Hôpitaux (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 26 mars 1915), attire l'attention sur la valeur de l'hypotension artérielle comme signe objectif de la psychasthénie. « La constatation de cette hypotension me paraît, en effet, pouvoir être considérée comme un signe objectif capable d'assu-

rer la sincérité du malade, dit M. le médecin-major Crouzon.

En résumé, tant qu'il n'aura point été procédé à un examen organique complet de tous les malades susceptibles d'être considérés comme des blessés internes, il n'y aura point de mise au point complète de la question.

Seul cet examen est susceptible de permettre de différencier de ces blessés internes les émotifs purs, d'étiqueter les cas mixtes où l'appoint émotif s'allie à la lésion organique, et aussi de dépister en toute certitude les simulateurs et les exagérateurs.

V. — CONSÉQUENCES PRATIQUES

Cet examen qui demande un outillage un peu spécial ne peut évidemment avoir lieu dans les formations de combat (postes de secours, ambulances d'avant). Il y a lieu, d'autre part, de soustraire ces malades à l'action du combat, cela sans délai, et puis médecins et infirmiers ont autre chose à faire, dans ces formations, que de procéder à un examen même compétent de ces malades.

Ceux-ci doivent donc être évacués le plus tôt possible.

Mais ce serait, à notre avis, une erreur de les diriger, afin de plus ample examen, sur une formation de l'intérieur.

Nous avons vu que, certainement, beaucoup de ces cas sont bénins. Il en serait certainement de ces malades ce que tous ceux d'entre nous, utilisés à l'intérieur au début de la guerre, puis envoyés plus tard sur le front, ont pu constater maintes fois des petits blessés qu'une évacuation mal comprise faisait diriger jadis trop facilement dans les zones d'extrême arrière : tel blessé qui, soigné dans les zones d'arrière front aurait repris en quinze jours, un mois, sa

place dans le rang, a traîné dans les formations arrière et dépôt le double, le triple, quand ce n'était point le sextuple de temps, au grand détriment du maintien des effectifs.

Un renvoi sur l'intérieur sans autre forme de procès serait, en outre, un encouragement sinon à la simulation, du moins à l'exagération.

Il ne manque point, aux armées, sur le front, de médecins suffisamment spécialisés pour qu'il fût nécessaire d'avoir recours obligatoirement aux spécialistes destinés à achever la campagne dans les centres spéciaux des directions de l'arrière.

La marche à suivre serait, croyons-nous, de créer dans les formations immobilisées des zones des étapes des armées, des services destinés à recevoir les malades des hôpitaux ordinaires d'évacuation, ainsi que cela se pratique d'ailleurs pour les autres spécialités.

L'important serait de rassembler ces malades en un service compétent qui procéderait à leur examen complet, retiendrait les cas reconnus bénins ou facilement curables, et laisserait filtrer sur les centres spéciaux des directions de l'intérieur les cas graves, à curabilité douteuse ou longue.

Enfin, en cas d'internement obligatoire, il y aurait intérêt à placer ces délirants dans l'asile le plus voisin, de façon à éviter à un train sanitaire encombré de blessés la charge difficile de la conduite d'aliénés. D'ailleurs, tout permet de supposer qu'avec un service spécial bien organisé, les internements de

blessés internes seraient, à tout le moins exceptionnels, et que le séjour même passager dans un asile d'aliénés pourrait être presque toujours évité à des officiers et à des soldats victimes d'un accident de guerre.

L'organisation de ces services dans la zone des étapes est une question d'espèces qui ne pourrait qu'être laissée pour proposition près de l'autorité compétente à l'initiative du médecin qui serait chargé de la responsabilité du fonctionnement de ces services.

Il faut toutefois constater que, de quelque origine qu'ils fussent, les cas de troubles mentaux ont été relativement rares sur le front. Peut-être serait-il bon d'en signaler cette rareté, de la rapprocher des préoccupations d'hygiène générale dont n'a cessé de faire montre le commandement, des prescriptions incessantes concernant le bien-être général des troupes dans toute la mesure que le permettrait les circonstances, des prohibitions (notamment celle de l'alcool), de la surveillance exercée à tous les degrés de la hiérarchie sur l'exécution de ces ordres ; il y a là une relation évidente et certaine de cause ou effet.

Quoi qu'il en soit, en retenant le fait de rareté relative des psychoses dans les éléments de l'avant, il résulte que la création de services spéciaux de psychiatrie ne comporterait qu'un nombre restreint d'organisations semblables : il semble très suffisant d'une seule par armée. D'ailleurs, si nous sommes bien renseigné, cela a déjà été fait dans certaines armées, et

cet argument milite en faveur de la position de ladite organisation dans la zone de D. E. S. (Direction des Étapes en services) qui fonctionne pour toute une armée.

En résumé, nous croyons qu'il y aurait lieu d'organiser pour chaque armée un service spécial de psychiatrie destiné à recevoir d'abord, à examiner ensuite et enfin à traiter ou évacuer sur l'intérieur tous les délirants des divers éléments de cette armée (corps d'armée, service divers, etc.).

Les services que pourrait rendre semblable organisation sont facilement évaluables : en effet, faute d'elle, les délirants commencèrent par errer de formations en formations ; mélangés à des blessés, à des malades ordinaires, ils ne peuvent recevoir les soins qui leur sont nécessaires et, en outre, ils constituent pour les blessés ou les autres malades un voisinage non seulement désagréable, mais encore nocif. Dans toutes les formations sanitaires appelées à recevoir blessés ou malades, le délirant est un indésirable, tant en ce qui concerne blessés ou malades, qu'en ce qui concerne médecins non spécialisés et personnel non habitué. Et cela peut durer jusqu'à l'heure du triage dans les zones de l'intérieur, heure qui peut être suffisamment tardive pour que déjà le trouble mental touche à sa fin (ce fait se retrouve dans plusieurs de nos observations).

Mais une fois même cette heure arrivée, il est impossible aux médecins des formations arrière de se documenter quand cela est nécessaire sur les cir-

constances d'éclosion des troubles psychiques. Et cette documentation peut être parfois indispensable, surtout quand il y a présomption ou suspicion de simulation ou d'exagération.

Avec l'organisation que nous préconisons il y a, au contraire, désencombrement rapide des formations sanitaires médico-chirurgicales de leurs délirants, exécution rapide des mesures thérapeutiques ou autres nécessitées par ces derniers, facilité très grande d'enquête ou de documentation.

D'ailleurs l'expérience qui a pu en être faite dans certaines armées et par l'initiative des Directeurs du Service de Santé de ces armées est suffisamment concluante pour permettre d'en préconiser, à l'heure actuelle, l'application générale et systématique.

VI. — CONCLUSIONS

Du présent travail il résulte :

1° Que du seul fait de la déflagration d'explosif peuvent naître des troubles mentaux ;

2° Que la caractéristique de ces troubles mentaux est quelquefois un syndrome mélancolique, mais le plus souvent un syndrome confusionnel fréquemment d'origine organique, susceptible de présenter les différentes formes de la confusion mentale : simple ou asthénique, délirante ou onirique et même suraiguë (délire aigu) ;

3° Que toutefois les formes graves sont exceptionnelles, les formes de beaucoup les plus fréquentes étant les formes bénignes (éclopés mentaux) ;

4° Que parfois ces troubles psychiques manquent de phénomènes nerveux d'ordre sensitif ou moteur, lesquels soit coexistant avec eux, soit leur succédant forment ainsi une séquelle obligeant à réserver le pronostic ;

5° Que ces malades doivent être en général considérés comme des organiques, de véritables « blessés internes », et par conséquent traités comme tels ;

6° Que ces malades ne doivent pas, *a priori*, être

évacués sur l'intérieur et qu'il y aurait à tous points de vue bénéfice à faire le triage systématique de ces malades dans une formation de deuxième ligne des zones du front où beaucoup pourraient être maintenus en vue de leur traitement.

Vu : le Président de la thèse

PIERRE MARIE

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

VII. — BIBLIOGRAPHIE

Presse médicale, n° du 8 avril 1915.

Presse médicale, n° du 24 juin 1915.

Presse médicale, n° du 28 mai 1915.

Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société médicale des
Hôpitaux de Paris, du 26 mars 1915.

Paris médical, n° 2, janvier 1915.

Paris médical, n° 17, juillet 1915.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 2942-15
